

もの忘れ外来治療に関する診療委任状

年 月 日

医療法人 愛風会さく病院 病院長 殿

患者氏名 _____

私または家族は、貴院の保有するもの忘れ外来の治療に関する個人情報を

受診付添人（病院・施設名）_____

（氏名）_____

へ伝達することに委任します。

[伝達の対象となる個人情報]

- ・ 認知症診断のための検査結果
- ・ 患者本人の病状、病名
- ・ 患者の治療に関する内容

私または家族は、上記のとおり、貴院の保有するもの忘れ外来の治療に関する個人情報を受診付添人へ伝達することに委任致します。

患者氏名 _____ (印)

患者家族氏名 _____ (印) (続柄:)